



Aurland Kommune
Vangen 1
5745 Aurland
Telefon: 57 63 29 00

Fullmakt ved søknad om helse og omsorgstenester

Eg (fullmaktsgjevar – den som treng tenester)

Fornamn og etternamn:	Fødselsnummer (11-sifre)
-----------------------	--------------------------

-gir med dette fullmakt til :

Fornamn:	Etternamn:		
Adresse:		Tlf:	
Postnummer	Poststad:		

-til å handla på vegne av meg (kryss av)

Eg gir fullmakt til å søkja om helse og omsorgstenester på vegne av meg

Kryss av:

Fullmakt gjeld rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i dokument og informasjon saka

All kommunikasjon skjer til den som har fullmakt, men eg ønskjer kopi av brev og anna informasjon undervegs

Fullmakt gjeld fram til _____ (dato), eller inntil eg skrifleg tilbakekallar den

dato:	stad:
signatur: (fullmaktsgjevar- den som treng tenester)	

Part i saken er person som en avgjerd retta seg mot eller som saka ellers direkte gjeld, jf. Forvaltningslova § 2e. En part har rett til å lag seg bistå av en fullmektig eller advokat i alle trinn av sakshandsaming jf. forvaltningslova § 12. Fullmektig som er ikkje advokat skal leggja fram skrifleg fullmakt, jf forvaltningslova § 12 og pasient og brukarrettighetslova § 7-2, dette gjeld også nærmaste pårørande.